

KINDER VON ELTERN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IM KONTEXT DER FRÜHEN HILFEN

VORBEMERKUNG

Das Eckpunktepapier entstand auf der Grundlage eines Workshops mit Expertinnen und Experten aus Fachpraxis und Wissenschaft, der am 15. und 16. September 2014 in Ulm durchgeführt wurde. Der Workshop hatte zum Ziel, die aktuelle (Versorgungs-)Situation von Kindern im Altersbereich zwischen 0 und 3 Jahren, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben, zu beleuchten.

INHALT

1. Einleitung **2**
2. Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung **5**
3. Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil **7**
4. Versorgungssituation **10**
 - 4.1 Fallübergreifende Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Einzelfall **10**
 - 4.2 Spezifische Angebote: Prävention und Behandlung **12**
5. Frühe Hilfen: Chance rechtzeitiger Unterstützung und Modell interdisziplinärer Versorgungsangebote **15**
6. Empfehlungen **17**
7. Literaturverzeichnis **23**

1

EINLEITUNG

Der Impuls zu diesem Vorhaben und auch zu dem Workshop kam von Expertinnen und Experten, die sich bereits seit Jahren für eine stärkere Vernetzung der Institutionen und Fachkräfte, die psychisch kranke Eltern begleiten, mit den Strukturen der Frühen Hilfen einsetzen: Dr. Christiane Hornstein (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden), Prof. Dr. Albert Lenz (Katholische Hochschule NRW) und Prof. Dr. Ute Ziegenhain (Universitätsklinikum Ulm).

Das vom NZFH herausgegebene Papier wird von folgenden Fachgesellschaften und Institutionen unterstützt:

- AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.
- Aktion Psychisch Kranke e.V.
- Berufsverband der Frauenärzte e.V.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Leitender Ärzte in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesvereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e.V., Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.
- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung
- Hebammenlandesverbände für Brandenburg, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz
- Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.

Wir danken allen Mitwirkenden für ihr Engagement und hoffen auf eine weite Verbreitung sowie eine Fortentwicklung der Thesen und Vorschläge.

Praxiserfahrungen lassen darauf schließen, dass im Prozess des Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen in Deutschland psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern häufig unzureichend und/oder fachlich bzw. disziplinübergreifend nicht adäquat unterstützt und versorgt werden. Dies wird auch durch wissenschaftliche Erhebungen untermauert, die zum Beispiel eine mangelnde Einbindung des psychiatrischen Versorgungssystems in das Netzwerk Frühe Hilfe zeigen (vgl. Zwischenbericht der Bundesinitiative Frühe Hilfen; Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014).

Als mögliche Gründe für die mangelnde Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern mit Eltern, die psychisch krank sind, weisen Praxisbeobachtungen auf fehlende bzw. wenig verbindliche interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen hin. Dabei geht es sowohl um unzureichende fallbezogene als auch fallübergreifende Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen professionellen Akteuren und Systemen. Hinzu kommen Lücken in den Hilfen und Leistungsangeboten bzw. fehlende fachlich adäquate und passgenaue Angebote, die auf die vielfältigen und komplexen Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben, zugeschnitten sind.

Die Frühen Hilfen haben sich in Deutschland insgesamt positiv entwickelt und etabliert (NZFH, 2014). Junge Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erhalten früh Unterstützung und Versorgungsleistungen, die niedragschwellig angelegt sind. Wenn entsprechende Bedürfnisse bzw. Risiken bei den Familien vorhanden sind, können Frühe Hilfen mit ihrem niedragschweligen Zugang als Brücke in hochschwellige Angebote fungieren. Frühe Hilfen werden zunehmend breit und systematisch in der Regelversorgung vorgehalten. Das Bundeskinder-schutzgesetz (BKisSchG) bietet einen Rahmen für die Etablierung nachhaltiger Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in den Kommunen. Hier besteht die Chance, daran anzuknüpfen und die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen für Kinder von Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, auszubauen sowie interdisziplinäre Finanzierungsmodelle zu entwickeln. Diese können dann über die Frühen Hilfen hinaus auf Versorgungsmodelle für ältere Kinder übertragen werden.

Die Frage nach einer adäquaten Versorgung und Unterstützung von Kindern mit Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, ist derzeit für alle Altersgruppen brisant. Verschiedene Fachverbände haben sich an die entsprechenden Ausschüsse des Bundestages gewandt und eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik gefordert. Dazu gehört der Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission bei dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Antrag wurde initiiert durch den AFET¹ Bundesverband Erziehungshilfe e.V., den Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und das Institut für Gesundheitsforschung und soziale Psychiatrie

1 http://www.afet-ev.de/aktuell/AFET_intern/PDF-intern/2014/01a_AntraganFamilienausschuss.pdf (Aufruf am 7.1.2016)

1

der Katholischen Hochschule NRW und wurde von insgesamt 17 Fachverbänden unterzeichnet. Er wurde unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.² unterstützt und von der Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt begleitet (Bühning, 2014). Weitere Forderungen finden sich in der Neuköllner Erklärung³ (2014), die auf Grundlage einer Expertentagung mit Förderung der »Ingrid & Frank«-Stiftung und in Kooperation der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin, mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm veranstaltet wurde.

2 <http://www.dgkjp.de/aktuelles/193-kinder-psychischkranker-eltern>
(Aufruf am 7.1.2016)

3 http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/14_04_07_NeukoellnerErklaerung.pdf
(Aufruf am 7.1.2016)

KINDER VON ELTERN MIT EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG

2

Etwa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche sind von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen (Christiansen, Anding & Donath, 2014). Davon sind, wenn man von der Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung ausgeht, ca. 15% unter drei Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2011). Diese Kinder sind häufig chronischen und vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Diese reichen von unmittelbaren Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf das Kind – z.B. in Form entwicklungsgefährdenden Verhaltens im Umgang mit dem Kind – über vielfältige psychosoziale Belastungen der (häufig Ein-Eltern-)Familie (Hearle, Plant, Jenner, Barkla, McGrath, 1999) – wie beispielsweise finanzielle Probleme, Umgang mit (zeitweisen) Elternverlusten bei Trennungen/Scheidungen oder geringe soziale Unterstützung – bis hin zu genetischen Risiken. (Entwicklungs-)Risiken für die Kinder liegen in der Entwicklung von Verhaltensproblemen bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung (z.B. affektive Störungen, Suchtproblematik; Downey & Coyne, 1990) oder auch körperlichen Erkrankungen (Renschmidt & Mattejat, 1994; Sills, Shetterly, Xu, Magid & Kempe, 2007). Spezifische Risiken bei Säuglingen und Kleinkindern sind die Etablierung einer sogenannten hochunsicheren Bindungsbeziehung zum psychisch kranken Elternteil und die Entwicklung einer Bindungsstörung, gegebenenfalls im Kontext von Vernachlässigung oder Misshandlung (Ziegenhain & Deneke, 2014).

Dabei fällt die Einschätzung, inwieweit die Auswirkungen auf das Elternverhalten bzw. die Eltern-Kind-Interaktion spezifisch für die jeweilige Erkrankung sind, durchaus heterogen aus.⁴ Ziegenhain und Deneke (2014) fassen Studien zu Effekten von psychischen Erkrankungen auf das Elternverhalten dahingehend zusammen, dass aufgrund der Fokussierung der Eltern auf die eigene Befindlichkeit häufig eine Tendenz zur Vernachlässigung mit weniger Wärme und Kontrolle besteht. Hinsichtlich der elterlichen Repräsentationen schreiben sie, dass Eltern mit depressiven Erkrankungen dazu neigen, ihre Kinder übermäßig negativ zu betrachten, während Eltern mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu allzu positiven Einschätzungen ihrer Kleinkinder und deren (Entwicklungs-)Kompetenzen neigen. Tritt bei letzteren jedoch ein akuter Wahn auf, besteht die Gefahr aktiv gefährdenden Verhaltens, wenn die Kinder bspw. als »Bedroher« oder »Verfolger« wahrgenommen werden. Bei Eltern mit Angst- und Zwangsstörungen wiederum kann häufig ein eher (über-)protektiver Erziehungsstil beobachtet werden. Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben dagegen besondere Schwierigkeiten, kindliche (emotionale) Signale angemessen zu interpretieren. Schwierigkeiten mit der eigenen emotionalen Regulation führen häufig zu impulsiven Verhaltensweisen, die auch eine Bedrohung für das körperliche Wohl des Säuglings darstellen können. Weiterhin können Traumatisierungen zu inadäquaten, angstgeprägten Reaktionen auf kindliche Belastungsäußerungen führen. Die Einschränkungen in den elterlichen Kompetenzen sind dabei nur zum Teil krankheitsspezifisch. Sie hängen von dem Gefüge aus Risiko- und Schutzfaktoren innerhalb der Familie ab. Dazu gehören bei psychischen Erkrankungen auch mögliche

4 Wissenschaftliche Untersuchungen bzw. klinische Beobachtungen beziehen sich bisher überwiegend auf Mütter. Gerade bei postpartalen psychischen Erkrankungen der Mütter werden diese in den ersten Lebensmonaten des Kindes meist gemeinsam mit ihm stationär versorgt. Es ist davon auszugehen, dass die Belastung durch die Erkrankung der Mutter auch Auswirkungen auf die Erziehungskompetenz des Vaters hat, wenn er die Erziehungsverantwortung übernimmt.

2

Komorbiditäten, insbesondere zusätzliche Anteile einer akzentuierten Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörungen (Ziegenhain & Deneke, 2014). Die mütterliche Interaktion ist bei akut psychotischer Symptomatik (z.B. Wahn und Halluzination) meist stark beeinträchtigt und postpartal bei schizophrenen Erkrankungen meist stärker als bei affektiven Störungen (Riordan et al., 1999). Deneke und Lukas (2008) beschreiben auf der Basis eigener klinischer Beobachtungen eine Bandbreite elterlichen Fürsorgeverhaltens. Es reicht von einer ungestörten Interaktion über Unterstimulation, verminderte Responsivität auf positive/negative Signale und Überstimulation bis hin zu feindseligem und intrusivem Elternverhalten. Dabei können die elterlichen Kompetenzen im Verlauf einer Krankheitsperiode auch stark wechseln, was die Einschätzung bezüglich einer möglichen Kindeswohlgefährdung besonders erschwert.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils betrifft gewöhnlich immer die gesamte Familie (Hearle, Plant, Jenner, Barkla & McGrath, 1999). Mit einer psychischen Erkrankung nimmt der empfundene (elterliche) Stress zu bzw. die Fähigkeit zur kompetenten Stressbewältigung ab. Hinzu kommt, dass die Partnerinnen oder Partner von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht selten selbst eine psychische Störung haben (Hearle, Plant, Jenner, Barkla & McGrath, 1999), die dann dazu führt, dass sie die Stressbelastung nicht abfedern bzw. die Einschränkungen des Partners oder der Partnerin bezüglich der kindlichen Bedürfnisse nicht ausgleichen können (Hearle et al., 1999; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004; Remschmidt & Mattejat, 1994). Dabei beginnt der Einfluss der mütterlichen Belastung bzw. des Stresserlebens auf das Kind nicht erst mit der Geburt, sondern bereits im Mutterleib. Anhaltspunkte aus Tierstudien legen den Einfluss mütterlicher Stresserfahrungen in der Schwangerschaft auf die neuronale Entwicklung des Embryos nahe (Bock, Rether, Gröger, Xie & Braun, 2014).

Aufgrund der beschriebenen Risikofaktoren, aber auch aufgrund eines erhöhten genetischen Risikos und epigenetischer Veränderungen, entwickeln Kinder häufig selbst Verhaltensauffälligkeiten. In einem Teufelskreislauf werden diese wiederum zu einer Herausforderung für die oftmals durch die psychische Erkrankung ohnehin eingeschränkten Erziehungs- und Beziehungskompetenzen der Eltern (Stadelmann, Perren, Koelch, Groeben & Schmid, 2010).

HILFE- UND UNTERSTÜTZUNGS- BEDÜRFNISSE VON FAMILIEN MIT EINEM PSYCHISCH KRANKEN ELTERNTEIL

3

Eltern mit psychischen Erkrankungen sind zuallererst Eltern, die sich beginnend mit der Geburt für die Entwicklung ihres Kindes interessieren. Wie andere Eltern auch, wünschen sie sich Orientierung bei der Übernahme der Elternrolle. Sie haben genau die gleichen Fragen und Bedürfnisse wie psychisch gesunde Eltern und stehen vor ähnlichen Herausforderungen beim Hineinwachsen in die neue Rolle. Entsprechende Unterstützung wird insbesondere von Hebammen, von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen oder durch aufsuchenden Arbeit Ehrenamtlicher angeboten, weiterhin auch von Familienbildungsstätten (universelle Prävention). Frühe Anlaufstellen sind zudem die Erziehungsberatungsstellen, die Frühförderstellen sowie die Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Bei Eltern mit psychischen Erkrankungen kommt jedoch unter Umständen ein erhöhter Unterstützungsbedarf hinzu, wenn zum Beispiel aufgrund der Erkrankungen die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen eingeschränkt sind und gleichzeitig soziale Netzwerke zur Unterstützung fehlen (selektive bzw. indizierte Prävention). Insgesamt liegt der Präventions- und Hilfebedarf für Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung wegen der oben beschriebenen kumulierenden Risikofaktoren bei oft gering vorhandenen Schutzfaktoren auf der Hand. Allerdings sind die Übergänge zwischen niedrig- und hochschwelligen Hilfen fließend. Dabei unterscheiden sich die Unterstützungsbedürfnisse nicht nur von Elternteil zu Elternteil, sondern auch im zeitlichen Verlauf sind sie sehr variabel. So fällt beispielsweise einer Hebamme, die die Wochenbettbetreuung nach der Geburt eines Kindes bei einer Mutter mit einer psychischen Erkrankung übernommen hat, auf, dass die Mutter im Umgang mit dem Kind häufig verzögert reagiert bzw. teilnahmslos wirkt. Sie sucht das Gespräch mit der Mutter, bespricht mit ihr mögliche weitergehende Hilfen und vermittelt diese.

Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem, wie Hebammen und gynäkologische sowie pädiatrische Fachärztinnen und Fachärzte, haben einen frühzeitigen und vertrauensvollen Kontakt zu den Säuglingen und den Familien. Daneben ist auch die Kinder- und Jugendhilfe ein bedeutender Zugangsweg für Familien in Belastungssituationen. Die Kinder- und Jugendhilfe ist auch für weitergehende, pädagogische Hilfen und Leistungen zuständig. Dabei handelt es sich gleichermaßen um universelle als auch um selektive präventive Hilfeleistungen. Diese erstrecken sich etwa von der Vermittlung eines Platzes in der Kindertagesstätte über Beratung in Entwicklungs- und Erziehungsfragen bis hin zur konkreten und engmaschigen Unterstützung in der Erziehung. Letztere erfolgt zunächst ambulant, kann aber auch stationäre Angebote beinhalten. Das Jugendamt als wichtiger Akteur in der Kinder- und Jugendhilfe ist darüber hinaus zuständig für die Sicherstellung des Kindeswohls. Es arbeitet mit den Eltern zum Schutz der Kinder zusammen und ist bei dringender Gefahr für das Kind mit rechtlichen Kompetenzen ausgestattet. Bei den oft vielfältigen Belastungen in den Familien mit psychisch kranken Eltern lässt sich angemessene Unterstützung und Versorgung gewöhnlich nicht mit einer Hilfe bzw. einem An-

3

gebot und nicht mit den Kompetenzen und Möglichkeiten einer einzelnen fachlichen Disziplin allein abdecken. Vielmehr benötigen sie häufig mehrere aufeinander abgestimmte Hilfen und Leistungen, und zwar insbesondere aus der Leistungspalette der Kinder- und Jugendhilfe und aus der des Gesundheitssystems. Ergänzt werden diese interdisziplinären Hilfen durch Angebote und Leistungen der Schwangerschaftsberatung, der Frühförderung, der Sozialhilfe und der Rehabilitation.

In den Frühen Hilfen ist durchaus mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu rechnen, dass bei Eltern psychische Erkrankungen auftreten, da das Risiko für Frauen, rund um die Geburt entweder erstmalig oder erneut eine psychische Erkrankung zu entwickeln, deutlich erhöht ist. Beispielsweise erkranken 10–15% der Wöchnerinnen an einer postpartalen Depression (Riecher-Rössler, 1997). Sechs Monate nach der Geburt eines Kindes sind einer interkulturellen Studie zufolge durchschnittlich 18,3% der Mütter an einer klinisch relevanten depressiven Störung erkrankt (Gorman, O'Hara, Figueiredo, Hayes, Jacquemain, Kammerer et al., 2004). Hinzu kommen Eltern, die unter einer chronischen psychischen Erkrankung leiden. Häufig ist schon während der Schwangerschaft ein erhöhter Unterstützungsbedarf vorhanden und absehbar, sodass ein interdisziplinäres Hilfspaket für die Zeit nach der Geburt vorbereitet werden muss. Daher sollte die Unterstützung von Eltern mit einer psychischen Erkrankung und insbesondere psychisch kranker Mütter möglichst bereits in der Schwangerschaft beginnen. Hier sollte auch eine eventuell notwendige medikamentöse Versorgung der Eltern berücksichtigt werden. Sie ist bereits während der Schwangerschaft und Stillzeit möglich und häufig auch hochindiziert. Die oder der behandelnde und ggf. auf perinatale psychische Erkrankungen spezialisierte Psychiaterin oder Psychiater kann die Patientinnen beraten und die Behandlung begleiten.

Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse von Eltern mit psychischen Erkrankungen sind jeweils individuell durchaus heterogen und schwankend. Während eine substituierte Mutter mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kontinuierliche engmaschige Versorgung benötigt, ist bei depressiven Erkrankungen unter Umständen von längeren symptomfreien Phasen auszugehen. Dennoch müssen auch hier akute Krisen zeitnah abgefangen werden. Weiterhin unterscheidet sich die Planbarkeit der Hilfen je nach Zugangsweg der Eltern. Psychisch kranke und ggf. auch chronisch kranke Eltern verfügen im günstigsten Fall schon vor der Geburt eines Kindes über eine gute (sozial-)psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, die dann um Hilfen, die sie bei einer verantwortungsvollen Übernahme der Elternrolle unterstützen, zu ergänzen ist. Angebote der Frühen Hilfen können ein Bestandteil des Hilfspaketes sein, zumal bei diesen Eltern das Hilfe- und Unterstützungspaket für Schwangerschaft und Geburt langfristig geplant werden kann. Dagegen brauchen Eltern, und hier vor allem Mütter, bei denen die psychische Erkrankung nach der Geburt erstmalig auftritt, eine kurzfristig zu organisierende Unterstützung – und zwar gleichermaßen zur Behandlung ihrer Erkrankung, zur Entlastung

im Alltag und zum Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung zu ihrem Kind. Da psychische Erkrankungen von Eltern immer auch die ganze Familie betreffen, sollte die Unterstützung des gesunden Elternteils nicht vernachlässigt werden. Denn auch bei guten Ressourcen und psychischer Gesundheit kann es diesen überfordern, nicht nur die Elternverantwortung alleine zu übernehmen, sondern auch mit der Erkrankung der Partnerin/des Partners und mit damit evtl. einhergehenden Paarkonflikten umzugehen.

Darüber hinaus können Problemlagen von Risikogruppen beschrieben werden, bei denen von einer erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen auszugehen ist. Dazu gehören jugendliche Mütter, die oft schon in der Schwangerschaft in betreuten Wohneinrichtungen der Jugendhilfe untergebracht sind (Besier, Fegert & Goldbeck, 2009; Ziegenhain, 2007), oder Frauen, die nach häuslicher Gewalt unter eventuellen psychischen Traumafolgestörungen leiden und in Frauenhäusern Zuflucht suchen. Sie werden häufig von Säuglingen und Kleinkindern begleitet (Müller, Schröttle & Glammeier, 2004). Auch hier sollte die momentane Stabilisierung der Situation zeitnah genutzt werden, um niedrigschwellige Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln. Diese können Eltern darin unterstützen, trotz risikobelasteter Ausgangssituation liebevolle und feinfühligere Bezugspersonen für ihre Kinder zu sein.

Tatsächlich liegt der Schwerpunkt der kindbezogenen Prävention im Altersbereich zwischen 0 und 3 Jahren auf der Förderung von elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. International haben sich bindungsbasierte, als Kurzzeitinterventionen angelegte Präventionsangebote mit dem Fokus auf dem elterlichen Verhalten als effektiv zur Förderung der elterlichen Feinfühligkeit bzw. eines sicheren Bindungsmusters erwiesen (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003; 2005). Feinfühligere Eltern und eine sichere Eltern-Kind-Bindung sind gerade in Familien mit psychischen Erkrankungen ein wichtiger Schutzfaktor (Lenz, 2014).

Aus der beschriebenen Risikokonstellation für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen ergibt sich ein Bedarf an interdisziplinär gestalteten Hilfen aus einer Hand. Die Eltern brauchen einen verbindlichen Ansprechpartner (»One Face to the Customer«), und die Familien haben Bedarf an Leistungen, die in verschiedenen Sozialgesetzbüchern beschrieben bzw. normiert sind. Dazu gehören neben dem Gesundheitswesen (SGB V) und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) auch die Förderung der Rehabilitation und Teilhabe von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen (SGB IX). Weiterhin spielen bei der Versorgung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil oftmals auch Leistungen aus dem SGB II (Arbeitslosenhilfe) und/oder dem SGB XII (Sozialhilfe) eine Rolle (vgl. auch Kölch & Ziegenhain, 2015).

4

VERSORGUNGSSITUATION

Derzeit ist die Qualität und Quantität der Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern lokal sehr unterschiedlich. Die Probleme liegen sowohl in der fallübergreifenden Vernetzung als auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Einzelfall sowie darin, dass spezifische Präventions- und Behandlungsangebote unterschiedlich verbreitet sind bzw. gänzlich fehlen. Weiterhin mangelt es einigen bewährten Programmen an einer geregelten Finanzierung über die häufig befristete Förderung von Vereinen und Stiftungen hinaus.

4.1 FALLÜBERGREIFENDE VERNETZUNG UND INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IM EINZELFALL

Auf Seiten der Gesundheitshilfe sind die ersten Anlaufstellen für Eltern mit psychischen Erkrankungen ihre Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Gynäkologinnen und Gynäkologen oder die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen oder psychiatrischen Institutsambulanzen. Die erstgenannten niedrigschwelligen Anlaufstellen sind gerade bei nicht diagnostizierten Erkrankungen besonders relevant. In Akutsituationen, insbesondere bei Selbst- und Fremdgefährdung, spielen die Versorgungskliniken eine zentrale Rolle. Patientinnen und Patienten mit bekannten psychiatrischen Störungen finden je nach Beeinträchtigungsgrad primär in psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen oder auch in stationären psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken Behandlungsangebote. Da Suchterkrankungen gemäß den internationalen Klassifikationssystemen (ICD⁵-10 und DSM⁶-5) zu den psychischen Erkrankungen gehören, zählen auch die ambulanten und stationären Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe dazu (Suchtberatungsstellen und Fachkliniken). Obwohl die Fachkräfte dieser Einrichtungen zunehmend darüber informiert sind, ob ihre Patientinnen und Patienten auch Kinder haben, gehört es noch nicht zum Standard, mit ihnen über die Auswirkungen der Erkrankung auf ihre Kinder bzw. über unterstützende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu sprechen und diese zu vermitteln (Franz, Kettemann, Jäger, Hanewald & Gallhofer, 2012).

Gemäß der ersten Zwischenevaluation zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (NZFH, 2014) engagierten sich Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie zu 23,4% und niedergelassene psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen zu 16,8% fallübergreifend im Netzwerk Frühe Hilfen. Bei der fallbezogenen Zusammenarbeit verdoppelte sich die Kooperation nahezu. Die Suchtberatung beteiligte sich in knapp über 40% der analysierten Netzwerke an der fallübergreifenden bzw. fallbezogenen Vernetzung.

Mögliche Gründe für die geringe Beteiligung der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an den Netzwerken Frühe Hilfen liegen in den unterschiedlichen Systemlogi-

5 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

6 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ken und Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens bzw. der Kinder- und Jugendhilfe. Dazu gehören auch Unterschiede im Auftrag und im Selbstverständnis.

Die Behandlung psychisch kranker Erwachsener ist traditionell auf die Behandlung und das Wohlergehen der einzelnen Patientinnen und Patienten konzentriert.⁷ Damit ist der Auftrag der Erwachsenenpsychiatrie zur Wahrung der Interessen ihrer Patientinnen und Patienten nicht immer mit dem Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendmedizin vereinbar, die sich dem Wohl des Kindes verschrieben haben und immer das ganze familiäre System in den Blick nehmen. Obwohl der systemische Blick auf die ganze Familie auch bei der Behandlung psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter in den letzten Jahren einen höheren Stellenwert erhalten hat, verhindern oftmals gängige Vorurteile (z.B. das Jugendamt als »Kinderklaubehörde«) die weitergehende Zusammenarbeit. Allerdings gehört der Einbezug von Familienangehörigen mittlerweile zum Standard (sowohl bei der Behandlung als auch bei der ambulanten Betreuung).

Auf Seiten der Jugendhilfe lassen sich bei der Versorgung von »Eltern mit einer psychischen Erkrankung« zwei Handlungshindernisse ausmachen. Zum einen bestehen bei den Fachkräften häufig Berührungängste im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Entsprechende Inhalte werden in der Ausbildung zu wenig vermittelt, obwohl Eltern mit – nicht immer diagnostizierten – psychischen Erkrankungen oft zur Klientel gehören. Zum anderen wird bei den Eltern das Handeln der Jugendhilfe im Einzelfall eher als druckerhöhend empfunden. Dies ist durch den handlungsleitenden partizipativen Grundsatz der Jugendhilfe bedingt, der unter anderem in gemeinsamen Zielvereinbarungen zum Ausdruck kommt. Demgegenüber wünschen sich Eltern mit psychischen Erkrankungen in der Regel aber zunächst eine schnelle und konkrete Entlastung.

Ein unterschiedliches Selbstverständnis und unterschiedliche Systemlogiken von Gesundheits- und Jugendhilfe tragen in der Folge dazu bei, dass die Beteiligung der psychiatrischen Versorgungssysteme am Netzwerk Frühe Hilfen nur punktuell gelingt bzw. eher bilateral angelegt ist. Der Einbezug der Kinder ist weder in den Qualitätsstandards der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von erwachsenen Patienten bzw. Patientinnen festgeschrieben noch entsprechend budgetiert. Am ehesten unterstützen die Handlungsroutinen des klinischen Alltags eine Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall. Kooperation wird begünstigt und ist insbesondere dann erfolgreich, wenn sie zu einer besseren, schnelleren und kompetenteren (Nach-)Versorgung der jeweiligen Patientin bzw. des Patienten führt und mit einer (zeitlichen) Entlastung der Ärztinnen bzw. Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten im klinischen Alltag einhergeht.

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben einen individuell unterschiedlichen Bedarf an spezifischen wie auch breit angelegten Angeboten aus verschiedenen Versorgungs-

7 Dies war historisch der Fall und spiegelt sich auch heute noch in etablierten Strukturen wider, vor allem in der stationären Behandlung. Nichtsdestotrotz wurden beispielsweise von der Gemeindepsychiatrie ambulante, integrierte Modelle der Versorgung entwickelt, die die gesamte Familie des psychisch kranken Elternteils mehr in den Blick nehmen.

4

systemen. Dies stellt auch die Frühen Hilfen vor Herausforderungen: Sie liegen auf der Ebene eines systematischen Angebotsrepertoires sowie in der Vernetzung. Für eine gute Versorgung der Familien müssen niederschwellige Angebote, eine gute Kooperation und die Vernetzung verschiedener Systeme regelhaft sein. Weiterhin bedarf es ausreichender hochschwelliger Angebote, die durch die Frühen Hilfen ergänzt werden oder die an diese weitervermitteln. Bei einem entsprechenden Ausbaustand der Angebote können die Frühen Hilfen ihre Lotsenfunktion erfüllen und einen guten Übergang in ein passgenaues Angebot für die Familien schaffen. Aufgrund ihrer vielfältigen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten haben hier etwa Erziehungsberatungsstellen eine wichtige Funktion. Auch auf Seiten der Frühen Hilfen zeigt sich ein Entwicklungsbedarf, und zwar dahingehend, über das professionelle Selbstverständnis beim Einsatz in Familien mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zu reflektieren. Häufig besteht bei Fachkräften der Frühen Hilfen, die in diesen Familien eingesetzt werden, große Unsicherheit darüber, ob aufgrund der Erkrankung bereits eine Kindeswohlgefährdung drohe. Diese Sorge kann dazu führen, dass die Familien keinen Platz im System der Frühen Hilfen finden. Daher sind in diesem Kontext eine Schärfung des Profils sowie eine Klärung der Möglichkeiten und Grenzen der Angebote Früher Hilfen wichtig.

4.2 SPEZIFISCHE ANGEBOTE: PRÄVENTION UND BEHANDLUNG

Für die wirksame Unterstützung und Versorgung von Kindern der Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, sind sowohl Angebote der universellen und selektiven Prävention als auch der indizierten Prävention im Sinne einer angemessenen Versorgung notwendig. Die Mehrzahl der evaluierten Programme der universellen und selektiven Prävention richtet sich an ältere Kinder von Eltern mit depressiven und/oder Suchterkrankungen (Christiansen, Anding & Donath, 2014). Beispielsweise liegt zwar unterdessen das von Beardslee und Mitarbeitern entwickelte Familienprogramm »Hoffnung, Sinn und Kontinuität« in deutscher Adaption vor. Es richtet sich jedoch an Familien mit Kindern im Alter zwischen neun und 14 Jahren und legt seinen Schwerpunkt auf die Förderung der innerfamiliären Kommunikation und Psychoedukation, wenn ein Elternteil an einer Depression leidet (Beardslee, Hoke, Salt & Wright, 2009). Auch das am Hamburger Universitätsklinikum konzipierte und evaluierte CHIMPs-Programm fokussiert auf Kinder über drei Jahren (Wiegand-Grefe, Ohntrup & Plass, 2011; Wiegand-Grefe, Filter, Plass, Werkmeister, Gronemeyer, Bullinger et al., 2015). Neben Angeboten für Familien mit Kindern unter drei Jahren fehlen des Weiteren gute Präventionsprogramme bzw. therapeutische Ansätze für Kinder mit Eltern, die unter Störungen in Folge von multipler Traumatisierung in der eigenen Kindheit leiden. Zu diesen Traumafolgen zählen auch Persönlichkeitsstörungen wie z.B. eine Borderline-Erkrankung.

Bezüglich der Wirksamkeit universeller und selektiver Präventionsprogramme liegen sowohl national als auch international nur eingeschränkt Evaluationsstudien vor, wobei nach meta-ana-

lytischen Befunden von einer Risikoreduktion bei den oben beschriebenen herkömmlichen Präventionsprogrammen in Höhe von 40% auszugehen ist (Christiansen, Anding & Donath, 2014). Als wirkungsvolle frühe bindungsbasierte Interventionen wurden in Deutschland beispielsweise STEEP (Suess, Bohlen, Mali & Maier, 2010) und die Entwicklungspsychologische Beratung (EPB; Pillhofer, Spangler, Bovenschen, Künster, Gabler, Fallon, et al., 2015; Ziegenhain, 2007) evaluiert. Solche spezifischen Präventionsangebote können jedoch nur Bestandteil eines insgesamt komplexen Hilfenetzes sein, das ggf. auch die Übergänge in hochschwellige Hilfen regelt.

Bei der indizierten Prävention bzw. Behandlung betrifft die Versorgungslücke sowohl ambulante Angebote für Eltern mit psychischer Erkrankung als auch stationäre Unterbringungen, bei denen die Kinder mitberücksichtigt werden. Zwar wurden Leuchtturmprojekte wie beispielsweise Mutter-Kind-Stationen in Heidelberg (Reck, 2007) oder Wiesloch⁸ (Hornstein, Trautmann-Villabla, Hohm, Rave, Wortmann-Fleischer, Schwarz, 2007) aufgebaut, in denen eine psychisch kranke Mutter gemeinsam mit ihrem Säugling oder Kleinkind aufgenommen wird und neben der psychiatrischen Versorgung auch Unterstützung im Aufbau einer sicheren Bindung stattfindet. Doch reichen die Plätze bei weitem nicht für alle Mütter mit psychischen Erkrankungen aus, und die Finanzierung des besonderen, zusätzlichen therapeutischen Angebotes ist bis heute unzureichend. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Versorgung zeitnah erfolgen sollte. Im Jahr 2007 war der Bedarf an Behandlungsplätzen nach einer Schätzung von Turmes und Hornstein (2007) erst zu 21% gesichert. Aktuell fehlen insbesondere für Familien tragfähige therapeutische/klinische Versorgungskonzepte. Hinzu kommen immer noch lange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, die zudem aufgrund mangelnder etablierter Konzepte zur Behandlung von mehrfach und oft bereits in der Kindheit traumatisierten Frauen unter Umständen überhaupt keinen Behandlungsplatz anbieten können oder wollen. Ein besonderes Problem besteht generell bei der zeitnahen Behandlung von Müttern mit akuten (postpartalen) psychischen Erkrankungen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass niedrigschwellige, frühe Präventionsangebote für den Altersbereich 0-3 Jahre mittlerweile durch den Ausbau der Frühen Hilfen weitgehend systematisch vorgehalten werden. Ob sie den Bedarf decken, kann im Moment noch nicht mit Sicherheit gesagt werden. Erkenntnisse zu der Verteilung von Belastungen fehlen bislang ebenfalls. Aktuell führt das NZFH im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen diesbezüglich eine bundesweit repräsentative Studie durch. Diese erhebt erstmalig Daten zu psychosozialen Belastungen in Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang auch der Unterstützungs- und Hilfebedarf der Eltern sowie die Bekanntheit und Nutzung von Angeboten Früher Hilfen ermittelt. In drei vorgeschalteten Pilotstudien sind Forschungszugänge zu den Familien erprobt worden. Die Hauptstudie wurde im Laufe des Jahres 2015 durchgeführt.

8 www.mutter-kind-behandlung.de
(Aufruf am 7.1.2016)

4

Derzeit kann davon ausgegangen werden, dass niedrigschwellige Angebote der Frühen Hilfen noch nicht ausreichend für psychisch kranke Eltern adaptiert wurden. Dabei ist der Übergang zwischen präventiven bzw. niedrigschwelligen und therapeutischen bzw. hochschwelligen Angeboten fließend. Bei den hochschwelligen Angeboten wiederum ist die qualitativ gute Versorgung eher inselhaft und erreicht quantitativ bei weitem noch nicht den geschätzten Bedarf an Behandlungsplätzen.

Generell sind gerade die Übergänge zwischen niedrig- und hochschwelliger Hilfe und insbesondere auch die ambulante Vor- und Nachsorge kaum systematisch geregelt. Zur Flexibilisierung von Übergängen wären tagesklinische Angebote neben stationären Angeboten – auch im Hinblick auf die Versorgung von Geschwisterkindern – hilfreich und notwendig. Nach einer stationären Behandlung würden sich zur Stabilisierung der Behandlungserfolge beispielsweise auch aufsuchende Angebote (Hometreatment) anbieten. Diese ließen sich etwa im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V umsetzen. Bislang wurden solche Modelle jedoch nicht umgesetzt, und ihre Implementierung ist – trotz der Erwähnung der notwendigen besonderen Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie – in der Norm auch nicht zu erwarten. Dies liegt an der (Fehl-)Konstruktion der Norm als Bestandwahrungsklausel für bestehende Modelle. Vereinbart werden müssen solche Modelle mit einzelnen Krankenkassen. Doch das Mengengerüst reicht bei dieser Problematik nicht aus, um mit jeder Krankenkasse mit hohem juristischem Verhandlungsaufwand Einzellösungen anzustreben. Ähnlich wie in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert (Fegert & Schepker, 2013), wäre deshalb auch für das Hometreatment in Familien mit Kindern, deren Mutter oder Vater psychisch erkrankt ist, ein Kontrahierungszwang oder eine Abrechnungsmöglichkeit der Hometreatment OPS (Abrechnungsziffer) im generellen Psychiatrieentgeltsystem (PEPP) notwendig – und nicht nur in den exklusiven Modellen, die sich im Kinder- und Jugendbereich nicht entwickeln können. Entwicklungsmöglichkeiten können über die Schaffung von Modulen zur Integrierten Versorgung (nach § 140a SGB V) von psychisch erkrankten Eltern liegen, etwa in enger Kooperation mit den Trägern der Gemeindepsychiatrie.

International hat sich gezeigt, dass das Hometreatment fachlich die Möglichkeit bietet, gemeinsam mit anderen Professionen (z.B. Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder Hebammen) Maßnahmen anzubieten. Es senkt außerdem die Schwelle zu einer stationären Behandlung (Neuköllner Erklärung, 2014).

Für ältere Kinder wurden Best-Practice-Modelle der ambulanten Versorgung beispielsweise durch die Gemeindepsychiatrie bereits aufgebaut: Im Feld der lebensweltorientierten Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben in den letzten 15 Jahren Trägerorganisationen aus Gemeindepsychiatrie und Jugendhilfe ambulante Unterstützungsangebote entwickelt.⁹

9 Das Bundesministerium für Gesundheit sowie der Landschaftsverband Rheinland förderten den Aufbau eines Projekteatlas durch den Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., der die vorhandenen Hilfen aktuell abbildet (www.psychiatrie.de/dachverband/kinder, Aufruf am 7.1.2016)

FRÜHE HILFEN: CHANCE RECHT-ZEITIGER UNTERSTÜTZUNG UND MODELL INTERDISZIPLINÄRER VERSORGUNGSANGEBOTE

5

Frühe Hilfen sind mittlerweile fest in der Kinder- und Jugendhilfelandchaft implementiert. Sie sind im Verständnis und in der Praxis von professionellen Akteuren und Institutionen im Frühbereich größtenteils verankert. Junge Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erhalten frühzeitig Unterstützung und Versorgungsleistungen, die niedrigschwellig angelegt sind. Wenn entsprechende Bedürfnisse bzw. Belastungen bei den Familien vorhanden sind, können Frühe Hilfen mit ihrem Zugang als Brücke in hochschwellige Angebote fungieren. Frühe Hilfen werden zunehmend breit und systematisch in der Regelversorgung vorgehalten.

Die bisherige Umsetzung der Frühen Hilfen zeigte unterschiedliche Entwicklungen in zwei relevanten Bereichen: in der Etablierung fallübergreifender Vernetzungsstrukturen vor Ort sowie im Auf- und Ausbau eines breiten und interdisziplinär zusammengesetzten Angebotsrepertoires. Dabei ist der Stand des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen in den Bundesländern und in den Stadt- und Landkreisen durchaus heterogen. Fallübergreifende lokale Vernetzungsstrukturen unterscheiden sich deutlich im Grad der Kooperation zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen. Überwiegend sind Dienste und Organisationen des Gesundheitswesens weniger integriert, was vor allem auf die gesetzliche Zuständigkeit bei dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe zurückzuführen ist.¹⁰ Ebenso ist die Ausgestaltung des Angebotsrepertoires unterschiedlich weit vorangeschritten. Sie reicht von eher einzelnen und nicht koordinierten Angeboten (z.B. alleiniger Einsatz von Familienhebammen) bis hin zu einer breiten Palette von Angeboten und Leistungen. Letztere umfassen idealerweise die Bandbreite von niedrigschwelligen bis zu spezifischen und hochschwelligen Angeboten, die interdisziplinär vorgehalten werden und aufeinander abgestimmt sind. Solche interdisziplinär zusammengesetzten und dabei gleichermaßen universell präventiven und hochschwellig spezifischen Hilfen und Leistungen sind insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern zentral. Dabei hat die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen einen besonderen Stellenwert. Relativ zu dem mittlerweile gut abgesicherten Forschungsstand über (Entwicklungs-)Risiken und Resilienzen bei Kindern von Eltern mit psychischen Erkrankungen (auch im Frühbereich) und relativ zu dem breiten Wissen über die besonderen Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern, mangelt es an einer substantiellen und systematisierten Verbesserung ihrer Versorgung. Tatsächlich zeigen die Praxis und erste vorläufige Forschungsergebnisse, dass Hilfen und Leistungen zu wenig spezifisch und individuell zu wenig passgenau ausgebildet sind. Insbesondere die »Komposition« und Zusammenstellung von Angeboten aus unterschiedlichsten Leistungssystemen verläuft noch nicht optimal (Ziegenhain, Künster, Zwönitzer, Besier & Fegert, 2013; NZFH, 2014). Somit sind Frühe Hilfen, zumindest für die Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern von Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, ein inhaltlich längst nicht abgeschlossener Prozess, der weiterentwickelt werden muss.

10 Vgl. § 3 Absatz 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

5

Dennoch sind die Entwicklungen in den Frühen Hilfen, wie sie durch die vielfältigen Initiativen auf Bundes- und Länderebene sowie auf kommunaler Ebene in den vergangenen Jahren stattgefunden haben, wesentliche Voraussetzung dafür, die Versorgungssituation auch für Eltern mit psychischer Erkrankung sowie ihre Säuglinge und Kleinkinder zu optimieren. Das Bundeskinderschutzgesetz wurde 2012 u.a. mit dem Ziel verabschiedet, einen bundeseinheitlichen Rahmen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der frühen und rechtzeitigen Unterstützung von jungen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, aber auch im Kinderschutz zu spannen. Eines der zentralen Anliegen des Gesetzes ist es, präventive Ansätze und die Etablierung von lokalen Netzwerken Früher Hilfen zu stärken. Als wichtiger Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes wird der weitere Ausbau der Frühen Hilfen durch die auf vier Jahre befristete Bundesinitiative mit 177 Millionen Euro und nach Ablauf dieser Befristung durch einen Fonds des Bundes mit jährlich 51 Millionen Euro finanziert. Obwohl der Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen derzeit (noch) heterogen ist, lässt sich doch zunehmend eine flächendeckende und nachhaltige Etablierung von systematischen und interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem, beobachten. Diese können auch als Modell für die (Weiter-)Entwicklung von Vernetzungsstrukturen und des Angebotsrepertoires auch für ältere Kinder mit Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, dienen.

EMPFEHLUNGEN

6

Ziel des Eckpunkteapiers ist es, die aktuelle Situation von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren, die Eltern mit einer psychischen Erkrankung haben, zu beschreiben und besondere Problem-bereiche herauszuarbeiten. Insgesamt soll es in den Frühen Hilfen zu einer besseren Verständigung zwischen den Fachdisziplinen der unterschiedlichen Bereiche, insbesondere der medizinisch-therapeutischen, psychologischen und psychiatrischen Behandlung von Eltern mit psychischen Erkrankungen und den Fachkräften der Frühen Hilfen beitragen.

Psychische Erkrankungen von Eltern wirken sich in den ersten drei Lebensjahren aufgrund **der Empfindlichkeit des kindlichen Organismus** und der vielfältigen, oftmals **rasant ablaufenden und miteinander verschränkten Entwicklungsschritte** des Säuglings bzw. Kleinkindes (z.B. motorische Entwicklung, Sprachentwicklung, Bindungsentwicklung) sehr viel **stärker aus und erfordern kurzfristiger geplante Hilfeangebote** als in den späteren Lebensjahren.

Auch wenn die Kinder insbesondere in den ersten Lebensjahren häufig zunächst unauffällig wirken, bestehen dennoch Entwicklungsrisiken infolge der psychischen Erkrankung eines Elternteils. Es fehlen jedoch **systematische Risikoinventare**, um einen eventuellen Hilfebedarf frühzeitig zu erkennen. Diese wären auch für die Früherkennungsuntersuchungen in den kinder- und jugendärztlichen Praxen erforderlich. Des Weiteren besteht Entwicklungsbedarf hinsichtlich der **Qualität** und der an der Nachfrage orientierten Quantität von **spezifischen und passgenauen Angeboten** für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Außerdem fehlt es an einer systematischen **interdisziplinären Vernetzung** von unterschiedlichen Angeboten und Leistungen der medizinisch-psychiatrischen Versorgung für die erkrankten Eltern mit Angeboten der Frühen Hilfen, deren Fokus auf der Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern liegt.

Aufgrund der hohen Angewiesenheit der Kinder auf ihre Bezugsperson bieten sich als spezifische Interventionen **beziehungsorientierte Ansätze** (im ambulanten und stationären Setting) an, die bereits anhand von Risikostichproben erfolgreich evaluiert wurden. Sie können einen wichtigen Baustein innerhalb eines **interdisziplinären Hilfesystems** bilden, das auf die Bedürfnisse jedes Einzelfalls **individuell abgestimmte Angebote** vorhält.

Die **Übergänge in andere Hilfesysteme** spielen bei psychischen Erkrankungen eine besondere Rolle. Zum einen haben Eltern mit psychischen Erkrankungen oftmals einen über universelle Präventionsangebote hinausgehenden Präventionsbedarf (**querschnittliches Übergangsmanagement**). Zum anderen entwachsen die Familien, aufgrund der häufig chronischen und persistierenden elterlichen Funktionseinschränkungen, dem System der Frühen Hilfen. Gleichzeitig besteht bei den Familien aber weiterhin ein Unterstützungs- und Hilfebedarf (**längsschnittliches Übergangsmanagement**).

6

Neben einigen konkreten Lösungsansätzen möchte das Eckpunktepapier Entwicklungen in Praxis, Wissenschaft und gegebenenfalls auch auf der Ebene der Gesetzgebung anstoßen.

A. FALLÜBERGREIFENDE KOOPERATION UND VERNETZUNG

Für die Entwicklung eines wirkungsvollen Unterstützungssystems sind der interdisziplinäre Austausch und der dadurch ermöglichte Abbau von Vorurteilen eine wichtige Voraussetzung. Eine **Finanzierung der Vernetzungsaufgaben im Gesundheitswesen** kann diesen Prozess befördern. Darauf aufbauend könnten die **Handlungsmuster und Problemlogiken der beteiligten Systeme synchronisiert werden**. Bislang jedoch behindern die Versäulung der Hilfesysteme sowie die unterschiedlichen Zuständigkeiten auf kommunaler und Länderebene die Überwindung von Systemgrenzen. Über die größtenteils allgemein formulierten Kooperationsgebote in den Sozialgesetzbüchern bestehen weitere Handlungsbedarfe auf bundesrechtlicher Ebene, um Regelungslücken, etwa bei der Abrechenbarkeit von Kooperationen, zu identifizieren und zu beheben.¹¹

Über formale Hürden hinaus geht es zudem auch darum, »**Vernetzung als Haltung**« zu leben. Im Idealfall wird diese Haltung bei der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen angelegt und bei der Zusammenarbeit im Einzelfall sowie bei fallübergreifenden Vernetzungstreffen weiter gepflegt.

Gefordert wird, die fallübergreifende Kooperation und Vernetzung weitergehend strukturell zu verankern und damit dazu beizutragen, dass »Vernetzung als Haltung« in den Systemen etabliert wird.

B. INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IM EINZELFALL

Gerade bei interdisziplinär zusammengesetzten Hilfeangeboten, die von verschiedenen Professionen erbracht werden, sind **Aufgabenklärung und Kenntnis über die eigene wie auch die Kompetenz der anderen beteiligten Professionen** besonders wichtig. Das gilt umso mehr, wenn im Netzwerk Frühe Hilfen auch Ehrenamtliche eingesetzt werden, die eine unterschiedliche Kompetenz und persönliche Eignung für diese Aufgabe mitbringen. Als Mindeststandards müssen hier Kriterien, z.B. in Form einer regelmäßigen Supervision, angelegt werden. Diese Aspekte wurden bei der Etablierung der Netzwerke Frühe Hilfen zwar bereits diskutiert, erhalten beim Thema »Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung« jedoch nochmals eine besondere Relevanz (Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König & Fegert, 2010).

Die Frühen Hilfen haben in den letzten Jahren ein umfangreiches und in vielen Stadt- und Landkreisen hervorragend funktionierendes Netzwerk entwickelt. Dieses könnte mit Erweiterung auf die psychiatrischen Versorgungssysteme bestens für die Versorgung von Kleinkindern genutzt werden, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben. Die Vielzahl der im Einzelfall beteiligten Systeme erfordert eine gute **Fallkoordination**. Verschiedene Lösungsmechanismen,

11 Zur verbesserten Gestaltung von System-Schnittstellen hat sich die Arbeitsgruppe „Kooperation und Vernetzung“ des NZFH-Beirats mit diesen Regelungslücken und -bedarfen auseinandergesetzt. Neben einer Begründung zur Notwendigkeit und strukturellen Sicherung von Kooperation werden Regelungsbedarfe einzelner Sozialgesetzbücher aufgezeigt und fachlich erläutert. Erschienen in der Reihe „Beitrag des NZFH-Beirats Kompakt“. Er kann nachgelesen werden unter: <http://www.fruehehilfen.de/verantwortungsgemeinschaften> (Aufruf am 7.1.2016)

die gerade im Kontext der Frühen Hilfen entwickelt werden, können hierauf gut übertragen werden. Des Weiteren könnten gut angelegte Praxismodelle darüber Aufschluss geben, wie die Steuerung und Koordinierung über die Systemgrenzen hinweg im Einzelfall funktionieren kann.

Empfohlen wird eine Klärung der fallübergreifenden Koordinierung interdisziplinärer Kooperation, damit die individuell passgenaue Hilfe im Einzelfall erbracht werden kann. Einige der im Rahmen der Frühen Hilfen entwickelten Lösungsmechanismen bieten eine gute Grundlage. Auf sie kann die Versorgung von Kleinkindern mit Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, aufbauen, insbesondere hinsichtlich der interdisziplinären Kooperation. Diese können dann auch Modell für ältere Kinder sein.

C. BEDÜRFNISSE NACH HILFE UND UNTERSTÜTZUNG VON ELTERN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG UND IHREN KINDERN

Die Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung von Eltern mit psychischer Erkrankung und ihren Kindern müssen in konkrete Angebote übersetzt werden. Dieser Hilfe- und Unterstützungsbedarf kann durch **spezifische Risikoinventare** systematisch erkannt werden. Diese wären von Seiten der Jugendhilfe interdisziplinär zu entwickeln und könnten auch die Etablierung einer gemeinsamen Sprache in den verschiedenen Hilfesystemen erleichtern. Das Gesundheitswesen trägt durch eine **Funktionsdiagnostik**, d.h. durch die genaue Beschreibung, welche Auswirkungen die jeweiligen Symptome einer Erkrankung auf die elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen haben, zu einer schnelleren und passgenaueren Vermittlung von Hilfeangeboten bei. Bei der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung ist die Einschätzung des »Sozialen Funktionsniveaus« durchaus üblich. Darunter fallen zum Beispiel die Bewältigung des Alltags, die Fähigkeit, den Beruf auszuüben, sowie insbesondere die Einschätzung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Die Beschreibung der Eltern auf dieser Ebene ist oftmals genauso wichtig wie die Darstellung der psychopathologischen Symptomatik. Bei der Übermittlung von spezifischen Diagnosen sollte im Einzelfall auch darauf hingewiesen werden, von welchen Auswirkungen auf die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen unter Berücksichtigung des Kontextes und des zeitlichen Verlaufs auszugehen ist. Insbesondere an den Schnittstellen bzw. den Übergängen zwischen den Versorgungsangeboten unterschiedlicher Systeme, die Eltern mit psychischen Erkrankungen sowie ihre Säuglinge und Kleinkinder betreuen und versorgen, bestehen gravierende Lücken in der Versorgung. Vielversprechend sind Ansätze, die lückenlose Übergänge zwischen Systemen ermöglichen, die Schwelle von Hilfesuche und Inanspruchnahme verringern und damit auch den Weg in eine komplexere Behandlung ermöglichen. Zu diesen Ansätzen gehört das sogenannte **Hometreatment**. Eine systematische Implementierung gemäß § 64b SGB V ist regelhaft möglich, wurde aber bisher kaum umgesetzt. Fachlich bietet Hometreatment dem

6

Gesundheitswesen aber die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Professionen Maßnahmen anzubieten (Neuköllner Erklärung, 2014).

Ferner könnten **Präventionsmaßnahmen im Setting-Ansatz** nach § 20a des Präventionsgesetzes noch stärker für Kinder genutzt werden, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben. Eine frühzeitige Intervention ist bei dieser Risikogruppe ein wichtiger Schritt der Vorbeugung, da sonst nahezu regelhaft erwartbare gesundheitliche Konsequenzen auf psychischer und körperlicher Ebene drohen. Dies entspricht den Voraussetzungen für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, wie sie im Präventionsgesetz formuliert sind.

Die weitergehende Klärung der Frage, wie auch Komplexleistungen aus unterschiedlichen Hilfesystemen finanziert werden können, kann durch die Analyse vorhandener »**Best-Practice**«-Modelle erfolgen. Eine **rechtliche Expertise** kann ergänzend darüber Aufschluss geben, welche Finanzierungsmodelle auf der aktuellen gesetzlichen Basis bereits möglich sind. Darüber hinaus wären **Modellprojekte** geeignete Methoden, um Versorgungslücken zu identifizieren und entsprechende Verbesserungsvorschläge für die Versorgungssituation von Kindern, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben, zu erarbeiten.

Empfohlen wird, die Bedürfnisse von Kindern, deren Eltern psychisch erkrankt sind, systematischer zu erfassen (Risikoinventare und Funktionsdiagnostik). Weiterhin wird die Entwicklung und flächendeckende Etablierung evaluierter Angebote für Säuglinge und Kleinkinder von Eltern mit psychischer Erkrankung in der Regelversorgung, insbesondere an den Schnittstellen unterschiedlicher Systemzuständigkeiten, empfohlen.

D. (WEITER-)ENTWICKLUNG UND DISSEMINATION (ALTERS-) SPEZIFISCHER ANGEBOTE

Gemäß den altersabhängigen Heraus- und Anforderungen haben Säuglinge und Kleinkinder andere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen als Kinder ab dem Vorschulalter. In der frühen Kindheit werden zudem die Grundlagen für die Entwicklung vielfältiger Kompetenzen gelegt, und die Kleinkinder sind von der Versorgung durch eine feinfühligere Bezugsperson abhängig. Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung benötigen daher besondere entwicklungsbezogene Unterstützung und spezifische Angebote. Diese Angebote haben gleichermaßen präventiven, aber auch pädagogischen und therapeutischen Charakter. Sie lassen sich als flexible Bausteine in bestehende Regelangebote integrieren und ergänzen diese (Neuköllner Erklärung, 2014). Die Wirksamkeit **früher Programme zur Förderung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen im Kontext von flankierenden Maßnahmen** ist zum Teil im Rahmen der Evaluationsforschung der Frühen Hilfen auch für die Zielgruppe »Eltern mit psychischer Erkrankung« empirisch belegt worden.

Deutlicher Entwicklungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung mit spezifischen Angeboten, vor allem im ländlichen Raum, sowie der Dissemination von wissenschaftlich fundierten Angeboten in der Breite (»Scaling-Up«).

Empfohlen wird, (entwicklungs)spezifische Versorgungsangebote und Hilfen für 0 bis 3-jährige Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung (weiter-)zuentwickeln und flächendeckend vorzuhalten.

E. QUALITÄTSENTWICKLUNG DURCH AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG UND ETABLIERUNG GEMEINSAMER STANDARDS

Ein weiteres Desiderat betrifft die **Aus-, Fort- und Weiterbildung** der unterschiedlichen Disziplinen. In der Weiterbildungsordnung für Psychiaterinnen und Psychiater beispielsweise taucht die Thematik »Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung« nicht als verbindlicher Bestandteil auf, und Kenntnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind fakultative Inhalte. Dabei könnten im Idealfall Psychiaterinnen und Psychiater bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Eltern behandeln, diese nicht nur bereits psychoedukativ über die Folgen der jeweiligen psychischen Erkrankungen für die Elternschaft bzw. für das eigene Kind aufklären. Vielmehr wären die jeweiligen Fachkräfte durch die Fortbildung in entwicklungspsychologischen Grundlagen auch befähigt, eine **Funktionsdiagnostik** bezüglich der Frage durchzuführen, inwieweit die psychische Erkrankung elterliche Kompetenzen beeinträchtigt. Die Fortbildungsmaßnahmen sollten unbedingt auch andere Berufsgruppen (z.B. Kliniksozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter) miteinschließen. Für die in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen (Sozial-)Pädagoginnen und Pädagogen gehört nicht an allen (Fach-)Hochschulen der Altersbereich 0–3 Jahre zum festen Curriculum der Grundausbildung. Weitergehend sollten die psychischen Erkrankungen stärker vermittelt werden. Neben dem Wissen um die psychiatrischen **Störungsbilder nach ICD-10** sind auch ihre spezifischen Auswirkungen auf die elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen essentiell.

Einschränkungen elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen können in einzelnen Fällen auch mit gefährdendem Verhalten im Umgang mit dem Kind einhergehen. Dabei sind die Grenzen zwischen angemessenem, belastendem und (entwicklungs-)gefährdendem Verhalten von Eltern fließend. Dies hängt mit dem phasischen Verlauf mancher Störungsbilder zusammen bzw. mit ihrem jeweiligen Schweregrad, aber auch mit weiteren familiären Belastungen oder der jeweiligen medizinischen und sozialen Unterstützung. Fachkräfte, die die Beratung und Betreuung einer Familie als Frühe Hilfe beginnen, können unvermutet vor der Situation stehen, eine mögliche (drohende) Kindeswohlgefährdung einschätzen zu müssen (vgl. insbesondere § 4 KKG). Diese kann einmalig sein, sie kann aber auch wiederholt auftreten bzw. eine chronisch belastende Situation für das Kind darstellen, die ggf. die prognostische

6

Einschätzung einer längerfristigen »erheblichen« Schädigung für das Kind erfordert. Eine zentrale und disziplinübergreifende Herausforderung bei Frühen Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung ist es daher, sowohl niedrigschwellige Angebote vorzuhalten als auch eine potentielle Kindeswohlgefährdung nicht auszuschließen. Dies erfordert neben der systematischen Anwendung einer Funktionsdiagnostik auch profundes (Handlungs-)Wissen über angemessene Maßnahmen bzw. deren Vermittlung, wenn die eigenen Angebote zum Schutz des Kindes nicht ausreichen.

Für die postgraduale Ausbildung haben sich (blended) E-Learning-Angebote als sehr hilfreich erwiesen. Die Fortentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildung kann dazu beitragen, gemeinsame Standards in der fallbezogenen und fallübergreifenden interdisziplinären Kooperation und Vernetzung zur adäquaten Versorgung von Kleinkindern psychisch kranker Eltern zu etablieren.

Neben der oben bereits dargestellten Rollendefinition und Aufgabenklärung in einem Netzwerk Frühe Hilfen sollten **Qualitätsstandards** entwickelt werden, die auch für die Versorgung von Kindern, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben, ausdifferenziert werden können. Diese sollten **(teil-)stationäre, ambulante und aufsuchende Interventionen sowie interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung** umfassen. Dazu gehört auch die Entwicklung einer **gemeinsamen Sprache**.

Es wird empfohlen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung der am Netzwerk Frühe Hilfen beteiligten Professionellen hinsichtlich »Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung« zu verbessern und nachhaltig auf die Etablierung gemeinsamer Standards hinzuwirken.

LITERATURVERZEICHNIS

7

- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F.** (2005). Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-Analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 191–216.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F.** (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195–215.
- Beardslee, W.R., Hoke, B., Salt, P. & Wright, E.** (2009). *Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Besier, T., Fegert, J.M. & Goldbeck, L.** (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24 (7), 483–489.
- Bühring, P.** (2014). Psychische Erkrankungen: Kooperative Versorgung der ganzen Familie gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (8).
- Christiansen, H., Anding, J. & Donath, L.** (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern* (S. 80–105). Weinheim: Juventa.
- Deneke, C. & Lukas, T.** (2008). Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Downey, G. & Coyne, J.C.** (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50–76.
- Schepker, R. & Fegert, J.M.** 2013. »Das Neue Entgeltsystem PEPP als »lernendes System««. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41 (3), 159–162.
- Franz, M., Kettemann, B., Jäger, K., Hanewald, B. & Gallhofer, B.** (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? *Psychiatrische Praxis*, 39, 1–6.
- Gorman, L.L., O'Hara, M.W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M.H. et al.** (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry – Supplementum*, 46, 17–23.
- Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J. & McGrath, J.** (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 50 (10), 1354–1356.

7

- Hornstein, C., Trautmann-Villabla P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., Schwarz, M** (2007). Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen. Erste Ergebnisse eines Pilotprojekts. *Nervenarzt*, 2007., 1–6.
- Kahn, R.S., Brandt, D. & Whitaker, R.C.** (2004). Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158 (8), 721–729.
- Kölch und Ziegenhain** (2015). Bessere Versorgung für Kinder von psychisch kranken Eltern – Frühe Hilfen, Familienpsychiatrie und -psychotherapie als interdisziplinäre Aufgabe. *Nervenheilkunde*, 34, 49–54.
- Lenz, A.** (2014). Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Resilienzen und Intervention. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern* (S. 40–79). Weinheim: Juventa.
- Neuköllner Erklärung** (2014). »Neuköllner Erklärung« – Interdisziplinär gestaltete Hilfen aus einer Hand und mischfinanzierte Versorgungsangebote – eine Utopie? In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern* (S. 212–225). Weinheim: Juventa.
- NZFH** (2014). *Bundesinitiative Frühe Hilfen – Zwischenbericht 2014*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pillhofer, M., Spangler, G., Bovenschen, I., Künstler, A.K., Gabler, S., Fallon, B. et al.** (2015). Pilot study of a program delivered within in the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*.
- Reck, C.** (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 3, 324–344.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F.** (1994). *Kinder psychotischer Eltern: Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Riecher-Rössler, A.** (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 65, 97–107.
- Riordan, D., Appleby, L., & Garagher, B.** (1999). Mother-infant interaction in postpartum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychological Medicine*, 29, 991–995.
- Sills, M.R., Shetterly, S., Xu, S., Magid, D. & Kempe, A.** (2007). Association between parental depression and children's health care use. *Pediatrics*, 119 (4), 829–836.

- Stadelmann, S., Perren, S., Koelch, M., Groeben, M. & Schmid, M.** (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. Mentally ill and nonclinical parents: Parental stress and children's psychiatric symptoms. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 72–81.
- Statistisches Bundesamt** (2011). *Bevölkerung (Zensus): Deutschland, Stichtag, Nationalität, Altersgruppen* (Zugriff am 22.11.2014) unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=8ACC5933F073F5E0CC4EEB6A01D1D1E6.tomcat_GO_1_1?operation=abrufabelle&levelindex=1&levelid=1416660342323&auswahloperation=abrufabelle&auspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=12111-0002&auswahltext=%23Z-09.05.2011%23SALT040-ALT015B18%2CALT000B03%2CALT006B15%2CALT003B06&werteabruf=Werteabruf.
- Suess, G.J., Bohlen, U., Mali, A. & Maier, M.F.** (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt »WiEge«. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53 (11), 1143–1149.
- Turmes, L. & Hornstein, C.** (Jul 2007). Mother-baby units in Germany: A report on the status quo. *Der Nervenarzt*, 78 (7), 773–779.
- Wiegand-Grefe, S., Ohntrup, J.M. & Plass, A.** (2011). Grundlagen, Anforderungen und Design von Evaluationen am Beispiel des Präventionsprojektes CHIMPs. In F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 440–457). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand-Grefe, S., Filter, B., Plass, A., Werkmeister, S., Gronemeyer, B., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M. & Petermann, F.** (2015). Familienintervention CHIMPs – Psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern. *Nervenheilkunde*, 34, 55–64.
- Ziegenhain, U. & Deneke, C.** (2014). Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern* (S. 14–39). Weinheim: Juventa.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J.M.** (2010). *Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben«*. *Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz*. Köln: Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Früher Hilfen.
- Ziegenhain, U.** (2007). Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (8), 660–675.

Leitbild Frühe Hilfen

Beitrag des NZFH-Beirats 1 – Kompakt

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014

Bestellnummer: 16000162

Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen

Beitrag des NZFH-Beirats 2 – Kompakt

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014

Bestellnummer: 16000156

Empfehlungen zu Basiskompetenzen in den frühen Hilfen

Beitrag des NZFH-Beirats 3 – Kompakt

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2014

Bestellnummer: 16000165

Verantwortungsgemeinschaften in den Frühen Hilfen – Regelungsstand und Regelungsbedarfe in den sozialrechtlichen Bezugssystemen.

Beitrag des NZFH-Beirats 4 – Kompakt

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2015

Bestellnummer: 16000176

Bundesinitiative Frühe Hilfen, Zwischenbericht 2014

Mit Stellungnahme der Bundesregierung

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014

Bestellnummer: 16000164

Datenreport Frühe Hilfen

Ausgabe 2015

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015

Bestellnummer: 16000302

**Kindermedizin und Frühe Hilfen
Entwicklung und Evaluation des
Pädiatrischen Anhaltsbogens**

Kompakt

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2014

Bestellnummer: 16000166

**Pädiatrischer Anhaltsbogen zur
Einschätzung von psychosozialen
Unterstützungsbedarf (U3-U6)**

entwickelt von Dr. Michael Barth und Prof. Dr. Volker Mall

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2014

Bestellnummer: 16000167

Handreichung Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen

Materialien zu Frühen Hilfen 7

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Kooperation mit der Bundesgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., Köln 2014

Bestellnummer: 16000158

Alle Publikationen des NZFH können Sie unter www.fruehehilfen.de kostenlos herunterladen oder unter Angabe der Bestellnummer anfordern: order@bzga.de

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss

Maarweg 149–161

50825 Köln

Telefon: 0221 8992-0

www.bzga.de

www.fruehehilfen.de

Autoren:

Melanie Pillhofer, Ute Ziegenhain, Jörg M. Fegert,
Till Hoffmann, Mechthild Paul

Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage:

1.10.03.16

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum
Weiterverkauf durch die Empfängerin
oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA

50819 Köln

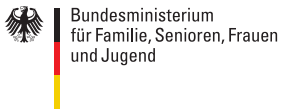
Fax: 0221-8992-257

E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000172

ISBN: 978-3-942816-69-4

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:



Unterstützt von:

